

## ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA.

Drs.: NESTOR JUAREZ HINOJOSA (°)  
OSCAR BECERRA CABALLERO (°°)

### I.—INTRODUCCION

El adenocarcinoma de endometrio ocupa el segundo lugar en frecuencia entre las neoplasias malignas del aparato genital femenino (1) (2), y esa es la razón por la que hemos creído por conveniente informar la incidencia de esta neoplasia en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa. El útero es el órgano carcinogénico por excelencia y el que presenta la más alta incidencia de neoplasias malignas de la mujer (3) (4) (5). Asimismo resulta muy interesante el hecho de que segmentos del mismo órgano, como son el cuello uterino y el cuerpo presenten incidencias de cáncer tan dispares por lo menos en nuestro medio (4).

El adenocarcinoma del endometrio posee determinadas peculiaridades que lo hacen diferente al del cuello uterino en cuanto a la edad en que se presenta, a su duración, sintomatología, evolución, tipo de invasión y tratamiento. Así se tiene que el cáncer de cuello uterino es el más frecuente entre nosotros y con una edad promedio de ocurrencia de 47 años (4) (5), seguido en orden de frecuencia por el cáncer del cuerpo uterino, cuya expresión es el cáncer del endometrio.

En un trabajo que realizó Valdivia Ponce (7), encontró que por cada 30 casos de cáncer de cuello uterino, solamente había uno del cuerpo uterino; esas peculiaridades antes mencionadas deben conocerse para saberlo diagnosticar y tratarlo adecuadamente.

Por otra parte en épocas recientes, se ha investigado aspectos importantes acerca de su relación con las sustancias estrogénicas y los tumores productores de dichas sustancias. Sobre el tratamiento hay ciertas diferencias de opinión que es necesario analizar.

Por todos estos motivos nos propusimos estudiar todos los casos de adenocarcinoma de endometrio observados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa.

### II.—MATERIAL Y METODOS

Se ha revisado las historias clínicas de las 18 pacientes portadoras de cáncer de endometrio pertenecientes al Servicio de Oncología, en el lapso de 8 años consecutivos (1963 - 1970). Las historias clínicas han sido separadas cuidadosamente con ayuda del índice cruzado y archivos que dispone dicho servicio y el Libro de Registro de la Sala de Operaciones.

(°) Médico Ex-Asistente libre del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa y Asistente Interino del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Empleado de Arequipa.

(°°) Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa.

El objetivo fundamental de este trabajo es demostrar la incidencia de esta neoplasia en nuestro medio hospitalario en relación a la edad y paridad, sus características clínicas, grados clínicos, medios de diagnóstico, pronóstico y evolución.

### III.—ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación revisaremos los resultados obtenidos, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- a) **Frecuencia.**—En el lapso transcurrido entre los años de 1963 y 1970, hemos visto 18 casos de adenocarcinoma de endometrio y 292 casos de cáncer de cuello uterino, lo que nos da una relación de 1/16, que es una expresión de lo que sucede en nuestro medio hospitalario.
- b) **Edad.**—De acuerdo a lo revisado en la literatura, el adenocarcinoma de endometrio se presenta desde los 20 años a los 90 años, con una edad promedio alrededor de 60 años (8) y entre nosotros a los 57 años.

CUADRO N° 1

Adenocarcinoma de Endometrio: Incidencia en relación a la Edad

Edad:	N° de casos	%
20-29	0	0.00
30-39	1	5.56
40-49	1	5.56
50-59	5	27.78
60-69	6	33.32
70-79	5	27.78
80-+	0	0.00
Total:	18	100.00

Edad promedio: 62.3 años

Edad mínima : 35 años

Edad máxima : 79 años

Del análisis del cuadro anterior podemos concluir que 16 de los 18 casos estuvieron comprendidos entre la 5ª y 7ª década de la vida, representando un 88.88%, y 2 casos entre la 3ª y 4ª década de la vida, que representan el 11.12%.

La edad mínima de nuestras pacientes fue de 35 años, la máxima de 79 años y la edad promedio de 62.3 años.

CUADRO N° 2

Adenocarcinoma del Endometrio en relación a la Paridad.

	N° de casos	%
Nulíparas ... ..	2	11.11
Múltiparas ... ..	16	88.89
Total:	18	100.00

Otro hecho significativo es la relación existente entre la paridad y la frecuencia del adenocarcinoma, tal como puede apreciarse en el cuadro anterior.

CUADRO N° 3

Adenocarcinoma de Endometrio en relación al grado de fertilidad.

N° de Partos	N° de casos	%
0	2	11.11
1-3	7	38.88
4-6	5	27.78
7-+	4	22.22
Total:	18	99.99

Del análisis del cuadro anterior podemos extraer que en 2 pacientes nulíparas se presentó el adenocarcinoma de endometrio, que representa el 11.11%, encontrándose la mayor incidencia en las múltiparas que tenían de 1 a 3 partos, representando

el 38.88%, seguido en orden de frecuencia por las pacientes que tuvieron de 4 a 6 partos y más de 7 partos respectivamente.

CUADRO N° 4

Patología coincidente con factores que predisponen al Adenocarcinoma del Endometrio.

	N° de casos	%
Diabetes	1	5.56
Obesidad	8	44.44
Hipertensión arterial	11	61.11

Del cuadro anterior podemos deducir que 11 de nuestras pacientes, que representan el 61.11%, presentaron hipertensión arterial; 8 casos (44.44%) eran obesas; finalmente una paciente presentó diabetes (5.56%).

CUADRO N° 5

Clínica: Signos y Síntomas que presentaron las Pacientes.

	N° de casos	%
Hemorragia uterina anormal	16	88.88
Leucorrea serosa	10	55.55
Leucorrea sero-sanguinolenta	2	11.11
Dolor en hemiabdomen inferior	9	50.00
Crecimiento uterino	15	83.33
Anemia	9	50.00
Anorexia	9	50.00
Pérdida de peso	7	38.88

En el cuadro anterior podemos observar que la hemorragia anormal es el signo más frecuente (88.88%), seguido en orden de frecuencia por el crecimiento uterino, (83.33%), la leucorrea serosa, (55.55%); el dolor abdominal, la anemia y la anorexia se presentaron en 9 pacientes respectivamente, representando el 50% en cada caso. Finalmente 7 pacientes, que representan el 38.88%, presentaron pérdida de peso.

CUADRO N° 6

Incidencia del Adenocarcinoma de Endometrio en relación al Cáncer del Cuello Uterino y al número total de neoplasias. 1963 — 1970

Total de neoplasias ... ..	1,028
Total de cáncer de cuello uterino	292
Incidence de adenocarcinoma de endometrio en relación al número total de neoplasias ... ..	1/75 (1.75%)
Relación del adenocarcinoma de endometrio y Cáncer del cuello uterino ... ..	1/16

En el cuadro anterior vemos que en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche han sido atendidas 1,028 pacientes portadoras de neoplasias, que representan el 100% en el lapso de 8 años (1963 - 1970), de las cuales 292 tuvieron cáncer de cuello uterino y 18 adenocarcinoma de endometrio, guardando las relaciones de 1/57 y 1/16 respectivamente.

CUADRO N° 7

Diagnóstico previo al ingreso de las pacientes.

	N° de casos	%
Adenocarcinoma de endometrio	12	66.66
Fibromatosis uterina	2	11.11
Carcinoma cervical	1	5.56
Pólipo endometrial	1	5.56
Vulvovaginitis	2	11.11
Total:	18	100.00

CUADRO N° 8

Estadio clínico del Adenocarcinoma de Endometrio (De acuerdo a la Clasificación Internacional)

	N° de casos	%
Estadio 0	1	5.56
Estadio I	15	83.33
Estadio II	2	11.11

Al igual que el cáncer de cuello uterino, el adenocarcinoma de endometrio es diagnosticado tardíamente y en estadios avanzados, explicable por encontrarse en un sitio inaccesible clínicamente; así en nuestra casuística solamente un caso fue diagnosticado en el estadio 0, que representa el 5.56%; en cambio 15 pacientes fueron diagnosticadas en estadio I, representando el 83.33%, seguida finalmente por 2 casos del estadio II, que corresponde al 11.11%.

CUADRO N° 9

## Diagnóstico Patológico de Adenocarcinoma de Endometrio

Métodos	N° de casos	%
Papanicolaou	2	11.11
Biopsia de endometrio	16	88.88
Histerectomía total (*)	2	11.11

(\*) Hallazgo en pieza operatoria.

Del análisis del cuadro anterior podemos deducir que 16 casos fueron diagnosticados por medio de la biopsia endometrial, que representan el 88.88%, y solamente 2 casos (11.11%), fueron diagnosticados por medio del método de Papanicolaou. Debemos también mencionar que 2 casos fueron hallazgos operatorios, ya que las mencionadas pacientes fueron intervenidas de histerectomía total con el diagnóstico provisional de fibromatosis uterina.

CUADRO N° 10

## Adenocarcinoma de Endometrio. Tipos de tratamiento.

	N° de casos	%
Radioterapia + Cirugía	10	55.55
Radioterapia sola	3	16.67
Cirugía sola	2	11.11
Cirugía + Radioterapia	1	5.56
No recibieron tratamiento	2	11.11
Total:	18	100.00

Este cuadro nos demuestra que la mayor parte de nuestra casuística (10 casos) o sea el 55.56% se beneficiaron con el tratamiento combinado radioterapia más cirugía; 3 casos (16.67%) recibieron radioterapia sola; y finalmente, en un caso, que representa el 5.56%, la cirugía precedió a la radioterapia. Dos pacientes, que representan el 11.11%, no recibieron ningún tipo de tratamiento, una por haberse perdido de vista y la otra por haber rehusado el tratamiento.

CUADRO N° 11

## Supervivencia de las pacientes tratadas por Adenocarcinoma Endometrial.

	N° de casos	%
Vivas, sin evidencia de enfermedad neoplásica	12	66.67
Vivas, con adenocarcinoma viable	1	5.55
Fallecidas por adenocarcinoma	3	16.67
Perdidas de vista	1	5.55
Rehusaron el tratamiento	1	5.55
Total:	18	99.99

Del análisis del cuadro anterior podemos deducir que 12 casos, que representan el 66.67%, se encuentran en aparente buen estado de salud sin evidencia de enfermedad neoplásica; 3 casos fallecieron por la enfermedad neoplásica; 1 caso vive, pero a pesar del tratamiento es portadora de la enfermedad; 1 caso corresponde a una paciente perdida de vista y finalmente otro caso rehusó todo tratamiento.

CUADRO N° 12

Tipo de Tratamiento	N° de casos	SUPERVIVENCIA					
		1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	Más de 5 años
Radioterapia + Cirugía	10	—	1	1	2	4	2
Radioterapia sola	3	1	2	—	—	—	—
Cirugía sola	2	1	1	—	—	—	—
Cirugía + Radioterapia	1	—	—	—	1	—	—
	16						

En el cuadro anterior podemos apreciar que de un total de 16 casos, 10 (55.56%) recibieron como tratamiento radioterapia más cirugía y sólo 2 casos vivieron más de 5 años.

Con respecto a los demás tipos de tratamiento, vemos que ninguna de las pacientes sometidas a tales, llegaron a los 5 años de sobrevida. Pero sí debemos llamar la atención que las pacientes que fueron tratadas con radioterapia sola, fallecieron antes de llegar a los 3 años. Asimismo podemos decir que, de las pacientes que recibieron radioterapia más cirugía, un caso falleció antes de los 2 años. Y finalmente un caso en el que la cirugía precedió a la radioterapia, vive actualmente sin evidencia de enfermedad neoplásica, habiendo cumplido los 4 años de sobrevida.

Los datos aquí consignados han sido obtenidos merced a frecuentes visitas domiciliarias y por interrogatorios directos tanto a las pacientes como a sus familiares.

#### IV.—DISCUSION Y COMENTARIO

Se acepta, en general que el adenocarcinoma endometrial representa el 2 al 3% de los carcinomas primarios en la mujer (3) (2) (1), en contraste con el cáncer del cuello uterino que es de 6 a 8 veces más frecuente que el adenocarcinoma endometrial (11).

Con respecto a la edad, como hemos visto en los resultados de nuestra casuística, la mayor parte de ella estaba comprendida entre la quinta y séptima década de la vida, dato que está de acuerdo con lo descrito en la literatura por otros autores (1) (28) (29).

En cuanto al factor constitucional, el 44.44% de las pacientes fueron obesas; en el 61.11% hubo hipertensión arterial y una paciente fue diabética, lo que representa el 5.55%. Estos porcentajes concuerdan con lo señalado por diversos autores, quienes afirman que por lo menos en la mitad de las pacientes con adenocarcinoma endometrial hay cierto grado de obesidad.

En relación a la fertilidad, se sabe que las mujeres que tienen adenocarcinoma endometrial son o bien nulíparas o por lo menos sufren cierto grado de infertilidad (3); este dato es discrepante con lo encontrado por nosotros.

Es importante señalar la influencia de los estrógenos como factores carcinogénicos, lo cual ha sido demostrado experimentalmente en ratones por medio del 20-metilcolantreno (18). Se ha encontrado adenocarcinoma endometrial en pacientes sometidas a tratamiento intensivo y prolongado de estrógenos (19). Por último hay casos comprobados de neoplasias productoras de estrógenos, como los tumores de las células de la teca del ovario, que pro-

vocan el carcinoma endometrial (20). Una de nuestras pacientes tuvo tumor a células de la granulosa en el ovario concomitante con adenocarcinoma endometrial, que probablemente influyó en la génesis de la neoplasia.

En cuanto al diagnóstico patológico, en el 88.88% se hizo mediante la biopsia endometrial; en el 11.11% mediante el método citológico de Papanicolaou, y en 2 casos, como ya lo hemos mencionado, los hallazgos fueron operatorios. En general se acepta que la biopsia endometrial es el procedimiento ideal en este tipo de neoplasia (3) (25).

Respecto al cuadro clínico, al igual que otros autores (4) (21), hemos encontrado que el síntoma dominante en este tipo de neoplasia es la hemorragia uterina anormal. Por eso el sangrado menopáusico y post-menopáusico tienen grave significación pues, como promedio, de cada 10 mujeres post-menopáusicas que consultan por hemorragia genital, una padece de adenocarcinoma endometrial (21).

En relación al tratamiento, estamos de acuerdo con la opinión de la mayoría de los autores, quienes enfatizan que la radioterapia seguida de la cirugía, es el tratamiento de elección; quienes opinan de esta manera sostienen que las pacientes portadoras de adenocarcinoma endometrial deben previamente ser irradiadas y después de 6 semanas sometidas a una histerectomía total con oóforosalpinguectomía bilateral (3) (26) (27) (28) (29).

Con respecto a las metástasis, en nuestra casuística encontramos solamente 2 casos confirmados por medio de la biopsia. En estos casos el pronóstico es sombrío, tal como lo mencionan la mayor parte de autores (12) (26) (27) (28) (29).

En nuestras pacientes no se aplicó el tratamiento con agentes progestacionales que otros autores recomiendan en los casos avanzados con buenos resultados y cuyo mecanismo de acción se desconoce.

En cuanto al tiempo de sobrevivencia, tal como hemos apreciado en el cuadro N° 12, sólo 2 pacientes, o sea el 11.11%, lograron sobrevivir más de 5 años; 4 alcanzaron los 5 años, lo que representa el 22.22%. Las restantes no alcanzaron los 5 años. Debemos dejar constancia que por ser muy reducida nuestra casuística, no podemos extractar conclusiones sobre el particular. Sin embargo la revisión de la supervivencia global de pacientes operadas en otros centros asistenciales justifican y comparan los resultados de la cirugía y radioterapia en el sentido de que el tratamiento con la cirugía sola es por lo menos igual si no superior al uso del radium pre-operatorio en todos los casos (2) (3) (5) (7) (24).

#### V.—RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.—Se ha estudiado 18 casos de adenocarcinoma de endometrio, observados en el lapso de 8 años (1963-1970), en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa, los cuales representan el 1.75% del número total de neoplasias registradas en ese tiempo y el 6.3% en relación al cáncer de cuello uterino.
- 2.—La mayor frecuencia del adenocarcinoma de endometrio, de acuerdo a la edad, fluctúa alrededor de la 5ta y 7ma década de la vida, constituyendo el 88.88%, y siendo la edad promedio de 62.3 años.
- 3.—Se ha encontrado como factores predisponentes la hipertensión arterial en el 61.11%, la obesidad en el 44.44% y la diabetes en el 5.56%.
- 4.—El grado de fertilidad de nuestras pacientes es superior al señalado por otros autores.
- 5.—El diagnóstico definitivo de adenocarcinoma endometrial se hizo mediante la biopsia endometrial en el 88.88%, lo cual está de acuerdo con lo reportado en la literatura.

6.—Las manifestaciones clínicas más salta-  
ntes, al igual que lo reportado por  
otros autores, fueron en orden de fre-  
cuencia: la hemorragia uterina anor-  
mal en el 88.88%, el crecimiento ute-  
rino en el 83.33%, la leucorrea sero-  
sa en el 55.55% y el dolor en hemi-  
abdomen inferior en el 50%.

7.—El tratamiento básico en nuestra ca-  
suística, al igual que lo reportado en  
la literatura, fue la cirugía precedida  
o seguida de la radioterapia.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—Allen, H. H., and Fraleigh, Donna M.: Carcinoma of the endometrium. *Am. J. Obst. & Gyn.* 85: 302, 1963.
- 2.—Zuckermann, C.: Comentario al trabajo "Carcinoma de Endometrio". *Ginec. Obstet. Mex;* 17: 20-26, 1962.
- 3.—Valdivia Ponce, J. Eduardo: Cáncer del cuerpo uterino: *Ginecología y Obstetricia, Órgano de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.* Vol: XVI, N-1, Abril 1970, pág. 63-77.
- 4.—Barriga, O.: Contribución a la Epidemiología en el Cáncer del cuello uterino. Tesis de Bachiller 1954. Universidad Nac. Mayor de San Marcos (Citado por 3).
- 5.—Valdivia Ponce, J. E. y col.: En Prensa.
- 6.—Parsons and Sommers.: *Gynecology.* W. Saunders Co. Pág. 1080, 1962.
- 7.—Valdivia Ponce, J. E.: *Cinecología y Obstetricia* Vol. 1, pág. 61, 195.
- 8.—Doutselis John, G., Bair J. R., Vorys, N. and Ullery, J. C.: Carcinoma of the uterine corpus. *Am. J. Obst. & Gyn.* 85: 994, 1963.
- 9.—Ingelman. Sundberg, A. and Odeblad, E.: Attempts to localize a carcinoma of the endometrium with the use of short radio waves. *Am. J. Obst & Gyn.* 92: 592, 1965.
- 10.—Hertig, A. T.: *Am. J. Obst. & Gyn.* 81: 1102, 1961.
- 11.—Bergsj. Per., and Nilsen Per. Agn: Carcinoma of the endometrium. *Am. J. Obst. & Gyn* 95: 496, 1966.
- 12.—Piver, Steven M.: Distant metastasis of adenocantoma of the endometrium. *Am. J. Obst. & Gyn.* 96 :1011, 1966.
- 13.—Roman T. N., Beck, R. P. and Latour, J. P. A.: Correlation of histologic grading with 5-year survival rates in endometrial carcinoma. *Am. J. Obst. & Gyn.* 97: 117, 1967.
- 14.—Pratt, Joseph H., Symonds, Richard E. and Welch, John S.: Vaginal hysterectomy for carcinoma of the fundus. *Am. J. Obst. & Gyn* 88: 1063, 1964.
- 15.—Castañón Costellanos Alfredo, Karchmer K. Samuel, Valenzuela López S.: Valor de la biopsia del endometrio y la colpocitología en el diagnóstico del adenocarcinoma del endometrio. *Rev. Ginecología y Obstetricia de México* Vol. 25, N-150 año XXIV, 1969.
- 16.—Novak, E. R., y Villa Santa U.: Factors influencing the ratio of uterine cancer in a community. *J. A. M. A.* 174: 1395-1399, 1960.
- 17.—Benjamín, F., y Commery, S. L.: Disturbed carbohydrate metabolism in endometrial carcinoma *Cancer* 17: 386-390, 1964.
- 18.—Taki, L., e Lijima, H.: A new method of producing endometrial cancer in mice. *Am. J. Obst. & Gyn.* 87: 926-934, 1963.
- 19.—Gusberg, S. B., y Hall, R. E.: Precursors of corpus cancer of the endometrium in estrogenically conditioned patients. *Surg. Gynec. & Obst.* 113: 265, 1961.
- 20.—Khanna, S. D., y Seth, H. N.: Teca cell tumor of the ovary with endometrial carcinoma. *Am. J. Obst. & Gynec.* 88: 552-553, 1964.
- 21.—Grimm, C. A.: Endometrial Carcinoma. *Surg. Gynec. & Obst.* 113: 264-265, 1961.
- 22.—Koss, L. G., y Durfee G. R.: Cytologic diagnosis of endometrial carcinoma result of 10 years of experience. *Surg. Gynec. & Obst.* 117 161-162, 1963.
- 23.—Barraza, D. F., y Schneider, G. T.: Carcinoma of the endometrium. *Surg. Gynec. & Obst.* 115: 360, 1962.

- 24.—Prem, K. A., Mensheh, N. M., y Mc. Kelvery, J. L.: Operative treatment of adenocarcinoma of the endometrium in obese women, *Am. J. Obstet. & Gynec.* 92: 16-22, 1965.
- 25.—Burgo E. S. y Morley. B.: Endometrial biopsies in the office. *Am. J. Obst. & Gynec.* 8: 325, 1960.
- 26.—Cruz Muñoz H.: Sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del carcinoma endometrial. *Ginec. & Obst. Peruana* Vol. XII, N-3, 324, 372, 1966.
- 27.—Richard W. Te Linde, M. D.: *Ginecología operatoria-Tercera edición.* Editorial Bernades, S. A. Buenos Aires 1966.
- 28.—Pratt, J. H.: Carcinoma de endometrio. *Ginec. Obstet. México* 7: 20-26 1962.
- 29.—Nolan, J. F.: Symposium on endometrial cancer *Am. J. Obst. & Gynec.* 81: 1099-1114, 1961.